



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

ໃບຄໍາຮ້ອງເພື່ອ

ພິຈາະນາຄວາມເໝາະສົມຕໍ່ພະແນກ DDD
REQUEST FOR DDD
ELIGIBILITY DETERMINATION

FOR OFFICE USE ONLY

Initial Reapplication
DDD NUMBER:

ຂ່າວຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ			
ນາມສະກຸນ	ຊື່	ຊື່ກາງ	ວັນເດືອນປີເກີດ
ບ່ອນຢູ່	ເມືອງ	ຮັດ	ເລກຮະຫັດເຂດໄປສະນີ
ບ່ອນຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ຮັດ	ເລກຮະຫັດເຂດໄປສະນີ
ເລກໂທຣະສັບບ້ານ (ຮວມທັງເລກຮະຫັດທ້ອງຖິ່ນ)	ເລກໂທຣະສັບອື່ນ (ຮວມທັງເລກຮະຫັດທ້ອງຖິ່ນ) <input type="checkbox"/> ບ່ອນເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ສັ່ງຄວາມໄວ້		ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ
ຖານະການແຕ່ງງານຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ <input type="checkbox"/> ປະຮ້າງ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍແຕ່ງງານ	<input type="checkbox"/> ແຍກກັນ <input type="checkbox"/> ພໍ່ແມ່ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ເປັນໝ້າຍ	ການສຶກສາ <input type="checkbox"/> ຊັ້ນທີ່ 8 ຫລືຕໍ່າກວ່າ <input type="checkbox"/> ຊັ້ນທີ່ 9-11 <input type="checkbox"/> ມັດທະຍົມ <input type="checkbox"/> ໂຮງຮຽນການຊ່າງຫລືການຄ້າ	<input type="checkbox"/> ປຣິນຍາຕຣີ <input type="checkbox"/> ປຣິນຍາໂທ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍເຂົ້າໂຮງຮຽນ
ຜູ້ຮ້ອງຂໍມີຜູ້ຕາງໜ້າບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ຖ້າມີ, ຊື່ຂອງຜູ້ນີ້:			
ສະພາບທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ <input type="checkbox"/> ເຮືອນພັກເພື່ອຜູ້ໃຫຍ່ <input type="checkbox"/> ບ່ອນພັກທີ່ລ້ຽງດູ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຂອງຕົນເອງ (ຢູ່ກັບຜູ້ອື່ນ) <input type="checkbox"/> ທີ່ພັກເດັກບຸນທັມ <input type="checkbox"/> ບ້ານບ່ອນຢູ່ອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຂອງພໍ່ແມ່ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຢູ່ຮວມກຸ່ມ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຂອງຕົນເອງ (ຢູ່ຜູ້ດຽວ) <input type="checkbox"/> ເປັນເຈົ້າຂອງ <input type="checkbox"/> ເຊົ່າ <input type="checkbox"/> ເຮືອນທີ່ຊ່ວຍຄ່າເຊົ່າ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຂອງພີ່ນ້ອງ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີເຮືອນຢູ່ອາໄສ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຂອງຕົນເອງ (ຜິວເມັດ/ລຸ່ມຊີວິດ) <input type="checkbox"/> ສະຖາບັນຂອງຮັດ, ສູນໂຮກຈິດ <input type="checkbox"/> ຢູ່ບ່ອນໂຮງພັກກັກຂັງ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຂອງຕົນເອງ (ຢູ່ກັບເດັກທີ່ເຜິ້ງອາໄສ) <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ <input type="checkbox"/> ບ່ອນພັກພະນັກງານທີ່ຮັບຢັ້ງຢືນ			
ຜູ້ຕິດຕໍ່ຫາ			
ຊື່		ສາຍສັມພັນ	
ບ່ອນຢູ່ໄປສະນີ			
ເລກໂທຣະສັບບ້ານ (ຮວມທັງເລກຮະຫັດທ້ອງຖິ່ນ)		ເລກໂທຣະສັບອື່ນ (ຮວມທັງເລກຮະຫັດທ້ອງຖິ່ນ) <input type="checkbox"/> ບ່ອນເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ສັ່ງຄວາມໄວ້	ບ່ອນຢູ່ອີເມລ໌
ຜູ້ຕິດຕໍ່ຫາໄປສະນີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	ປະເພດສາຍສັມພັນ/ບົດບາດໜ້າທີ່	ຜູ້ຕາງໜ້າດ້ານກິດໝາຍ	ຢູ່ກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ <input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ຢູ່
ໃຫ້ອະທິບາຍສະພາບພິການພ້ອມທັງອາຍຸຕອນທີ່ສັງເກດຮູ້.			
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ຮ້ອງຂໍ			ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າດ້ານກິດໝາຍ		ຄວາມສັມພັນດ້ານກິດໝາຍ	ວັນທີ

ແຫລ່ງຮາຍໄດ້ຂອງຜູ້ສະມັກ: ໃຫ້ໝາຍເອົາທຸກອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ <input type="checkbox"/> ເງິນປະກັນສັງຄົມ <input type="checkbox"/> ເງິນນັກຮົບເກົ່າ <input type="checkbox"/> ເງິນບໍລິການພົນລະເຮືອນ <input type="checkbox"/> ເງິນຊົດເຊີຍສັງຄົມ (SSI) <input type="checkbox"/> ເງິນຊ່ວຍຊາວອິນເດັຽພື້ນເມືອງ (BIA) <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ເງິນການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ໄປ-ຊຶ່ງບໍ່ອາດເຮັດວຽກໄດ້ (GA-U) <input type="checkbox"/> ເງິນເບັຽບໍານານພະນັກງານລາງຮິດໄຟ <input type="checkbox"/> ບ່າງອື່ນ (ໃຫ້ບອກສະເພາະໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້): <input type="checkbox"/> ເງິນຊົດເຊີຍຂອງຮັດ <input type="checkbox"/> ເງິນເຊື້ອ (Trust funds) <input type="checkbox"/> ເງິນຊ່ວຍເຫລືອຊົ່ວຄາວແກ່ຄອບຄົວທີ່ຈຳເປັນທັງຫລາຍ (TANF) <input type="checkbox"/> ເງິນຮາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ																																				
ຜູ້ຮ້ອງຂໍມີປະກັນໄພສຸຂະພາບແນວໃດບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ຖ້າມີ, ກະຊນາບອກລາຍຊື່.		ມີເມດິແຄຣ໌ບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຖ້າມີ																																		
		ເລກຂອງເມດິແຄຣ໌	ປະເພດ																																	
A ເລກຮະຫັດປະຈຳເຜົ່າ (ໃຫ້ໝາຍເອົາເລກຮະຫັດທີ່ເໝາະສົມຢູ່ລຸ່ມນີ້: <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:25%; border:none;"><input type="checkbox"/> ຜິວຂາວ</td> <td style="width:25%; border:none;"><input type="checkbox"/> ຈີນ</td> <td style="width:25%; border:none;">ຊາວຮາວາຍພື້ນເມືອງ/ ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນ</td> <td style="width:25%; border:none;">B. ຜູ້ຮ້ອງຂໍເປັນຊາວເຮືອແປນິກບໍ່?</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ອະເມຣິກັນຫລືຊາວອາລາສະກາພື້ນເມືອງ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຟິລິບປິນ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຮາວາຍ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ບໍ່</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຕອສະກິໂມ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຢີປຸ່ນ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຊາມວນ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຮາຍງານ</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ອະເລິຕ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ເກົາຫລີ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ກວາມານຽນ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ແມ່ນ (ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ບິ່ງບອກ)</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຊາວອິນເດັຽພື້ນເມືອງ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ລາວ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຊາວເອຊຽນ/ ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຄົວບາ</td> </tr> <tr> <td style="border:none;">ເອເຊັຽ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ໄທ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຊົນເຜົ່າອື່ນ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ແມັກຊິກັນ/ອະເມຣິກັນແມັກຊິກັນ/ຊິກາໂນ</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຊາວເອຊຽນອິນເດັຽ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ວຽດນາມ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຮາຍງານ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຊາວເປີໂຕຣິກັນ</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຊາວເມນ</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຄົນດຳຫລືຊາວອາຟຣິກັນ ອະເມຣິກັນ</td> <td></td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ຊາວສະແປນິຊ/ຣິສແປນິກອື່ນ</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> ຜິວຂາວ	<input type="checkbox"/> ຈີນ	ຊາວຮາວາຍພື້ນເມືອງ/ ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນ	B. ຜູ້ຮ້ອງຂໍເປັນຊາວເຮືອແປນິກບໍ່?	<input type="checkbox"/> ອະເມຣິກັນຫລືຊາວອາລາສະກາພື້ນເມືອງ	<input type="checkbox"/> ຟິລິບປິນ	<input type="checkbox"/> ຮາວາຍ	<input type="checkbox"/> ບໍ່	<input type="checkbox"/> ຕອສະກິໂມ	<input type="checkbox"/> ຢີປຸ່ນ	<input type="checkbox"/> ຊາມວນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຮາຍງານ	<input type="checkbox"/> ອະເລິຕ	<input type="checkbox"/> ເກົາຫລີ	<input type="checkbox"/> ກວາມານຽນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ (ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ບິ່ງບອກ)	<input type="checkbox"/> ຊາວອິນເດັຽພື້ນເມືອງ	<input type="checkbox"/> ລາວ	<input type="checkbox"/> ຊາວເອຊຽນ/ ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນ	<input type="checkbox"/> ຄົວບາ	ເອເຊັຽ	<input type="checkbox"/> ໄທ	<input type="checkbox"/> ຊົນເຜົ່າອື່ນ	<input type="checkbox"/> ແມັກຊິກັນ/ອະເມຣິກັນແມັກຊິກັນ/ຊິກາໂນ	<input type="checkbox"/> ຊາວເອຊຽນອິນເດັຽ	<input type="checkbox"/> ວຽດນາມ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຮາຍງານ	<input type="checkbox"/> ຊາວເປີໂຕຣິກັນ	<input type="checkbox"/> ຊາວເມນ	<input type="checkbox"/> ຄົນດຳຫລືຊາວອາຟຣິກັນ ອະເມຣິກັນ		<input type="checkbox"/> ຊາວສະແປນິຊ/ຣິສແປນິກອື່ນ
<input type="checkbox"/> ຜິວຂາວ	<input type="checkbox"/> ຈີນ	ຊາວຮາວາຍພື້ນເມືອງ/ ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນ	B. ຜູ້ຮ້ອງຂໍເປັນຊາວເຮືອແປນິກບໍ່?																																	
<input type="checkbox"/> ອະເມຣິກັນຫລືຊາວອາລາສະກາພື້ນເມືອງ	<input type="checkbox"/> ຟິລິບປິນ	<input type="checkbox"/> ຮາວາຍ	<input type="checkbox"/> ບໍ່																																	
<input type="checkbox"/> ຕອສະກິໂມ	<input type="checkbox"/> ຢີປຸ່ນ	<input type="checkbox"/> ຊາມວນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຮາຍງານ																																	
<input type="checkbox"/> ອະເລິຕ	<input type="checkbox"/> ເກົາຫລີ	<input type="checkbox"/> ກວາມານຽນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ (ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ບິ່ງບອກ)																																	
<input type="checkbox"/> ຊາວອິນເດັຽພື້ນເມືອງ	<input type="checkbox"/> ລາວ	<input type="checkbox"/> ຊາວເອຊຽນ/ ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນ	<input type="checkbox"/> ຄົວບາ																																	
ເອເຊັຽ	<input type="checkbox"/> ໄທ	<input type="checkbox"/> ຊົນເຜົ່າອື່ນ	<input type="checkbox"/> ແມັກຊິກັນ/ອະເມຣິກັນແມັກຊິກັນ/ຊິກາໂນ																																	
<input type="checkbox"/> ຊາວເອຊຽນອິນເດັຽ	<input type="checkbox"/> ວຽດນາມ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຮາຍງານ	<input type="checkbox"/> ຊາວເປີໂຕຣິກັນ																																	
<input type="checkbox"/> ຊາວເມນ	<input type="checkbox"/> ຄົນດຳຫລືຊາວອາຟຣິກັນ ອະເມຣິກັນ		<input type="checkbox"/> ຊາວສະແປນິຊ/ຣິສແປນິກອື່ນ																																	
ພາສາເຄົ້າ	ເວົ້າພາສາອັງກິດ <input type="checkbox"/> ໄດ້ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້	ເວົ້າໃຈພາສາອັງກິດ <input type="checkbox"/> ໄດ້ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້	ຈຳຕ້ອງມີນາຍພາສາ <input type="checkbox"/> ຕ້ອງມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງ	ຈຳຕ້ອງຂຽນແປອອກ <input type="checkbox"/> ຕ້ອງມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງ																																
A	ຊື່ເຄົ້າອື່ນທີ່ສຳຄັນ	ບ່ອນຢູ່ _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ເລກຮະຫັດເຂດໄປສະນີ _____																																		
	ເລກໂທຣະສັບ	ຜູ້ຕິດຕໍ່ທາງໄປສະນີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	ປະເພດສາຍສັມພັນ/ ບັດບາດໜ້າທີ່	ຜູ້ຕາງໜ້າດ້ານກົດໝາຍ ປະເພດສາຍສັມພັນ/ໜ້າທີ່																																
B	ຊື່ອື່ນທີ່ສຳຄັນ	ບ່ອນຢູ່ _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ເລກຮະຫັດເຂດໄປສະນີ _____																																		
	ເລກໂທຣະສັບ	ຜູ້ຕິດຕໍ່ທາງໄປສະນີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	ປະເພດສາຍສັມພັນ/ ບັດບາດໜ້າທີ່	ຜູ້ຕາງໜ້າດ້ານກົດໝາຍ ປະເພດສາຍສັມພັນ/ໜ້າທີ່																																
C	ຊື່ອື່ນທີ່ສຳຄັນ	ບ່ອນຢູ່ _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ເລກຮະຫັດເຂດໄປສະນີ _____																																		
	ເລກໂທຣະສັບ	ຜູ້ຕິດຕໍ່ທາງໄປສະນີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	ປະເພດສາຍສັມພັນ/ ບັດບາດໜ້າທີ່	ຜູ້ຕາງໜ້າດ້ານກົດໝາຍ ປະເພດສາຍສັມພັນ/ໜ້າທີ່																																
ສຳຮັບຄົນທີ່ອາຍຸອ່ອນກວ່າ 22 ປີ																																				
ຊື່ຂອງໂຮງຮຽນ/ໂຄງການກາງເວັນ				ມີເລີ່ມຕົ້ນ																																
ບ່ອນຢູ່ _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ເລກຮະຫັດເຂດໄປສະນີ _____		ເລກໂທຣະສັບ _____																																		
ຊື່ຂອງເຂດໂຮງຮຽນ _____																																				
ຄຳເຫັນຕ່າງໆ _____																																				

ຄຳແນະນຳຕ່າງໆໃນການຕື່ມໃບຄຳຮ້ອງເຜື້ອ
ພິຈາລະນາຄວາມເໝາະສົມຕໍ່ພະແນກ DDD

ຂ່າວຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ຜູ້ຮ້ອງຂໍແມ່ນຜູ້ທີ່ຮ້ອງຂໍຄວາມເໝາະສົມໄດ້ຮັບຈາກພະແນກ DDD. ກະຮຸນາຕື່ມວັກນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ. ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍບໍ່ມີເລກໂທລະສັບ, ໃຫ້ຂຽນວ່າ ບໍ່ມີ.

ຜູ້ຕິດຕໍ່ຫາ

ຜູ້ຕິດຕໍ່ຫາແມ່ນໃຜຜູ້ໜຶ່ງທີ່ສາມາດທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລືໃຫ້ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຫາແກ່ພວກເຮົາ, ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຮ້ອງຂໍ. ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ, ຊື່ຂອງຜູ້ອື່ນອີກຫລືຜູ້ມີສິດຕາງໜ້າທີ່ສາມາດຊ່ວຍຖ້າຜູ້ຂໍການຊ່ວຍເຫລືອຫາກຖືກຮຽກຮ້ອງຈຸດປະສົງຕໍ່ສິ່ງຂົດເຊີຍຈຳເປັນໃດໜຶ່ງ (NSA) ເວັ້ນເສຍແຕ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍຫາກຮ້ອງຂໍເປັນທາງອິດຂຽນວ່າບໍ່ໃຫ້ສົ່ງໝາຍເຫດຫາຜູ້ໃດເລີຍ. (WAC 388-825-100)

ຜູ້ຕາງໜ້າດ້ານກົດໝາຍ

ຜູ້ຕາງໜ້າດ້ານກົດໝາຍມີຄວາມໝາຍວ່າ: ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກທີ່ອາຍຸລຸດ 18 ປີ; ຄົນທີ່ດູແລທາງກົດໝາຍ; ຄົນທີ່ຈຳກັດຜູ້ດູແລເມື່ອຜູ້ຈຳກັດດູແລທາກມີອຳນາດເໜືອການຕັດສິນຕ່າງໆໃນການປົນປົວສຸຂະພາບ, ທະນາຍທາງກົດໝາຍຂອງຄົນຜູ້ນັ້ນ, ຄວາມຈິງແລ້ວ, ທະນາຍທາງກົດໝາຍຂອງຄົນຜູ້ນັ້ນ (ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ມີອຳນາດຂອງທະນາຍທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຕັດສິນຕ່າງໆໃນການປົນປົວສຸຂະພາບ); ຫລືຜູ້ອື່ນໃດທີ່ຖືກອະນຸຍາດຕອບຄຳຖາມຕ່າງໆຂອງຄົນຜູ້ໜຶ່ງ. ຖ້າບຸກຄົນຮ້ອງຂໍນັ້ນບໍ່ມີຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ, ໃຫ້ປະຊຸມຊົນວ່າໄວ້ຫລືຂຽນວ່າ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ

ສະພາບບ່ອນຢູ່ປົກກະຕິຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ໃຫ້ໝາຍຫ້ອງທີ່ອະທິບາຍບ່ອນທີ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍນັ້ນຢູ່ທີ່ດີທີ່ສຸດ.

ອະທິບາຍສະພາບພິການແລະອາຍຸຕອນທີ່ໄດ້ສັງເກດເຫັນ

ຄຳຕອບຕ່າງໆຕໍ່ຄຳຖາມເຫລົ່ານີ້ ຈະຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາເຂົ້າໃຈຄວາມພິການທີ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍຫາກມີ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຫ້ອງຂຽນເພີ່ມ, ກະຮຸນາໃຊ້ຄຳຫລັງຂອງເຈົ້າຮູ້ຫລືເຈົ້າໃບໜຶ່ງຕ່າງຫາກ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍແລະ/ຫລືຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ

ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍຫາກອາຍຸລຸດ 18 ປີ, ພໍ່ແມ່ຫລືຜູ້ປົກຄອງຂອງລາວຕ້ອງເຊັນແລະລົງວັນທີໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງ. ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍຫາກອາຍຸ 18 ປີຫລືແກ່ກວ່າ, ທັງຜູ້ຮ້ອງຂໍແລະຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງລາວຕ້ອງເຊັນແລະລົງວັນທີໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງນັ້ນ.

ແຫລ່ງຮາຍໄດ້ຕ່າງໆຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ກະຮຸນາໝາຍເອົາທຸກອັນທີ່ກ່ຽວກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ.

ການຄຸ້ມກັນປະກັນໄພສຸຂະພາບ

ຜູ້ຮ້ອງຂໍມີປະກັນໄພປະເພດໃດ, (ຖ້າມີ)? ກະຮຸນາຂຽນປະເພດທີ່ຄຸ້ມກັນ. ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍບໍ່ມີການຄຸ້ມກັນປະກັນໄພ, ໃຫ້ຂຽນບອກວ່າ ບໍ່ມີ. ກະຮຸນາຕື່ມເລກແລະປະເພດການຄຸ້ມກັນປະກັນໄພຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍຫາກມີເມດິແຄຣ໌.

ຊົນເຜົ່າຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ/ແລະໝວດຕໍ່ມາຮິສແປນິກ

ກະຮຸນາໝາຍເອົາພຽງອັນດຽວໃນແຕ່ລະໝວດ.

ພາສາ

ກະຮຸນາຂຽນພາສາເຄົ້າຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍນັ້ນລົງ, ຮວມທັງພາສາໃບຂອງອະເມຣິກັນ (ASL) ຫລືພາສາໃບອື່ນ, ຕົວໜັງສືພູມ, ຫລືຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍຫາກໃຊ້ TDD ຫລືເຄື່ອງສື່ສານຢ່າງອື່ນ. ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍຫາກຮຽກຮ້ອງເອົານາຍພາສາ, ກະຮຸນາໝາຍຫ້ອງທີ່ສະແດງວ່າ ຕ້ອງມີ.

ຜູ້ອື່ນໆທີ່ສໍາຄັນ

ຜູ້ອື່ນໆທີ່ສໍາຄັນແມ່ນຄົນທີ່ຢູ່ໃນຊີວິດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຊຶ່ງສໍາຄັນຫລືອາດກ່ຽວຂ້ອງກັບສະຖິດິການຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ. ຕົວຢ່າງກໍຄືພໍ່ແມ່ລົງຫລືພໍ່ແມ່ບຸນທັມ, ປູ່ຍ່າພໍ່ເຖົ້າ ແມ່ເຖົ້າ, ປ້າ/ອາ, ລຸງ/ອາວ, ຜູ້ເຮັດວຽກສັງຄົມຂອງການບໍລິການເດັກແລະຄອບຄົວ (ສໍາຮັບເດັກ), ໝູ່ລູ່ທັງຫລາຍ, ຜູ້ຕາງໜ້າ, ແລະຜູ້ດູແລທາງກົດໝາຍ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈໃນການວ່າຈະໝາຍເອົາບ່ອນໃດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍນັ້ນ, ໃຫ້ໝາຍເອົາວ່າ ບໍ່ຮູ້. ໃນກໍລະນີໃນນາມສະພາບຜູ້ດູແລ, ພວກເຮົາຈະຂໍເອົາສໍາເນົາ ຄໍາສັ່ງຂອງສານເຮືອງສະພາບຄວາມດູແລ. ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍຫາກຖືກຂໍ້ມາລ້ຽງ, ພວກເຮົາຈະຂໍເອົາສໍາເນົາເອກະສານເຮືອງການຮັບເອົາມາລ້ຽງນໍາດ້ວຍ.

ໂຮງຮຽນ/ໂຄງການກາງເວັນ

ໂຄງການໃດໆທີ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ໄປເຂົ້າປະຈຳວັນ, ເຊັ່ນການເຂົ້າໄປພົວພັນຫົວທີ, ໂຮງຮຽນ, ຫລືໂຄງການຢ່າງອື່ນ. ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍບໍ່ໄດ້ໄປເຂົ້າໂຄງການຕ່າງໆ ພາຍນອກປະຈຳວັນ, ກະຮຸນາຂຽນບອກວ່າ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ.

ຄໍາເຫັນຕ່າງໆເພີ່ມເຕີມ

ທ່ານອາດປະບໍ່ອ່ານນີ້ໄວ້ວ່າງເປົ້າ, ຫລືໃຫ້ຄວາມເຫັນສິ້ນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານເຫັນວ່າເປັນການຊ່ວຍໃນການຕັດສິນພິຈາະນາຄວາມເໝາະສົມໄດ້ຮັບ.

ບັນຊີເອກະສານຈໍາເປັນທີ່ຕິດຂັດມາ

- ໃບຄໍາຮ້ອງທີ່ເຊັນແລະທຸກພາກໄດ້ຕື່ມຢ່າງຄົບຖ້ວນ.
- ສໍາເນົາການທົດສອບການປິ່ນປົວ, ຫລືຈິດຕະວິທະຍາທີ່ຍິ່ງເຖິງຄວາມພິການຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ.
- ໃບອະນຸຍາດການແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວ - ໃຫ້ໝັ້ນໃຈວ່າຮວມເອົາບ່ອນຢູ່ພອມເລກໂທຣະສັບສໍາຮັບຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການທັງຫລາຍ.
- ຖ່າຍໃບສໍາເນົາເອກະສານທີ່ຍິ່ງປິ່ນປົວຢູ່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍວ່າຢູ່ໃນຮັດວໍຊິງຕັນແທ້ (ໜັງສືໃບຈ່າຍຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟ, ບັດລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງເປັນຕົ້ນ). ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍຫາກເປັນເດັກ, ໃຫ້ຍິ່ງປິ່ນປົວຢູ່ຂອງພໍ່ແມ່.
- ຮ່າງໃບຄໍາຮ້ອງ HIPAA ທີ່ເຊັນຊີ້ (ແຈ້ງການປະຕິບັດຄວາມລັບສ່ວນຕົວ).
- ສໍາເນົາບັດປະກັນສັງຄົມຫລືບັນທຶກເລກ SSN ຖ້າຫາກມີ.
- ສໍາເນົາຄໍາສັ່ງຂອງສານເຮືອງແຜນຄວາມເປັນພໍ່ແມ່ (ຖ້າຫາກກ່ຽວຂ້ອງ).
- ສໍາເນົາເອກະສານຄວາມເປັນຜູ້ດູແລ (ຖ້າຫາກກ່ຽວຂ້ອງ).
- ໃບລາຍເກີດຫລືເຈົ້າຮຽນເອກະສານຕ່າງໆໃນການຮັບເປັນລູກບຸນທັມທີ່ຖືກຕາມກົດໝາຍ.

ໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ຈະຮັບເອົາບໍ່ໄດ້ຖ້າປາສະຈາກເອກະສານຮຽກຮ້ອງທີ່ຈໍາເປັນທັງໝົດຕິດຂັດໄປພ້ອມ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະຮຸນາໂທຫາ ຫ້ອງການພະແນກ DDD ຕາມເຂດທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ເລກໂທທີ່ບໍ່ເສັຽເງິນແມ່ນ:

ເຂດ 1	Spokane	1-800-462-0624	ເຂດ 4	Seattle	1-800-314-3296
ເຂດ 2	Yakima	1-800-822-7840	ເຂດ 5	Tacoma	1-800-248-0949
ເຂດ 3	Everett	1-800-788-2053		Bremerton	1-800-735-6740
	Bellingham	1-800-239-8285	ເຂດ 6	Tumwater	1-800-339-8227
				Vancouver	1-888-877-3490